

# FRAGENBOGEN

## zur individuellen Vitalstoff-Empfehlung

Ernährungsgewohnheiten, Lebensumstände und sportliche Betätigung beeinflussen den Nährstoffbedarf jedes Einzelnen auf unterschiedlichste Art und Weise. Um eine möglichst gezielte Vitalstoffempfehlung mit Anwendung und Dosierung machen zu können, wird diese Analyse nicht maschinell erstellt, sondern von Experten individuell bearbeitet und ausgewertet. Auch eine persönliche Beratung am Telefon, ist im Service inbegriffen.

Für diese Leistung erlauben wir uns eine **Bearbeitungsgebühr von 10 Euro** zu berechnen. Sollte Ihnen anhand eines festgestellten Vitalstoffmangels, ein passendes CADION-Produkt empfohlen werden, so wird Ihnen beim Kauf dieses Produktes die Bearbeitungsgebühr wieder rückvergütet!

### Angaben zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

Bitte möglichst vollständig und gut leserlich ausfüllen!

**Gerne stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Seite. Bitte teilen Sie uns mit, wann Sie für uns erreichbar sind.**

Tag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

### Allgemeines

Geschlecht:  weiblich  männlich      Körperfettanteil (wenn bekannt): \_\_\_\_\_ %

Alter: \_\_\_\_\_      Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Üben Sie beruflich eine schwere körperliche Arbeit aus?  ja  nein

Treiben Sie Sport?

ja

nein

Wenn JA, welchen und wie lange und wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihre persönliche Fitness ein?

sehr gut

gut

geht so

schlecht

Wieviel Stunden schlafen Sie täglich? (Durchschnittlich)

\_\_\_\_\_ Stunden

Rauchen Sie?

ja

nein

## Aktuelle Beschwerden/körperliche Einschränkungen

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche körperlichen Einschränkungen haben Sie (Bandscheibenvorfall, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Chronische Erkrankungen (Diabetes, Rheuma, Bluthochdruck, Niereninsuffizienz etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allergien

keine Beschwerden

Asthma

Heuschnupfen

Hautausschläge (Ekzeme)

Worauf reagieren Sie: \_\_\_\_\_

## Körperliches Wohlbefinden

Gelenk- und Muskelbeschwerden

(Sehnen-, Bänderschmerzen, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)

keine

leichte

starke

Starkes Schwitzen

(Hitzewallungen unabhängig von Belastung)

oft

selten

nie

Schlafstörungen

(Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen)

keine

leichte

starke

Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft

(allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Muskelkraft, Müdigkeit, Abgespanntheit)

keine

leichte

starke

Haben Sie häufiger Kopfschmerzen?  ja  nein

Haben Sie Erkältungen oder Infekte?  nie  selten  oft

Leiden Sie unter Konzentrationsschwäche oder Vergesslichkeit?  nie  selten  oft

Haben Sie häufiger Muskelkrämpfe?  ja  nein

**Psychisches Wohlbefinden**

Reizbarkeit  nie  selten  oft  sehr oft  
(Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)

Nervosität  nie  selten  oft  sehr oft  
(innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)

Depressive Verstimmung  nie  selten  oft  sehr oft  
(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Gefühl weniger zu schaffen, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)

Emotionaler Stress  nie  selten  oft  sehr oft  
(Partnerschaft, Familie, Beruf, etc.)

**Störungen des Magen-Darm-Trakts**

Blähungen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Verstopfung	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Durchfall	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Verdauungs-Probleme	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Unregelmäßiger Stuhlgang	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft

**Ernährung**

Reagieren Sie auf bestimmte Nahrungsmittel allergisch bzw. haben Sie Unverträglichkeiten? (Lactose, Gluten, Fructose etc.)  
 ja  nein Wenn JA, welche: \_\_\_\_\_

Wieviel Wasser trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_ Liter

Wieviel gesüßte Getränke trinken Sie täglich? (Limo, Cola, Energy-Drinks etc.) \_\_\_\_\_ Liter

Wieviel Kaffee trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_ Tassen

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein Wenn JA, welchen und wie oft: \_\_\_\_\_

Wieviel Mahlzeiten & Snacks (Zwischenmahlzeiten) essen sie täglich? (Durchschnittlich) \_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihre Cholesterin-Werte?

ja  nein

Wenn JA, tragen Sie bitte Ihre Werte ein:

HDL: \_\_\_\_\_

LDL: \_\_\_\_\_

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

Essen:	nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich		nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide/Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nüsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Machen Sie gerade eine Diät?

ja

nein

Wenn JA, welche Diät machen Sie?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie bereits Nahrungsergänzungsmittel?

ja

nein

Wenn JA, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?

ja

nein

Wenn JA, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie bezüglich eines Vitalstoffes besondere Fragen?

\_\_\_\_\_

Welche Ziele haben Sie, was möchten Sie verändern?

1. Figurbezogen: \_\_\_\_\_

2. Sportbezogen: \_\_\_\_\_

3. Gesundheitsbezogen: \_\_\_\_\_

Wieviel haben Sie bisher finanziell in Ihre Gesundheit monatlich im Schnitt investiert? (Fitness-Studio, Sportgeräte, Nahrungsergänzung usw.)

\_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ.: \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

**Ihr Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich Sie, die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 10,- € von meinem Konto einzuziehen!



**Ja, ich möchte meine individuelle Nahrungsergänzungsempfehlung von Ihnen haben.**

**Die Firma CADION garantiert, dass Ihre Angaben nur zu diesem Zweck und streng vertraulich verwendet werden!**

Ort / Datum:

Unterschrift